



**La Oriental  
de Seguros, C.A.**

**DECLARACION DE RECLAMOS  
HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y  
MATERNIDAD**

Inscrita en al Superintendencia de Seguros Bajo el N° 78  
R.I.F. J. 080039688 N.I.T. 0005662176  
Capital Suscrito: Bs. 2.700.000.000  
Capital Pagado: Bs.2.700.000.000  
Venezuela

**Instrucciones**

El siguiente formulario debe ser llenado completamente, en forma clara, exacta y en cada una de sus partes por las personas que se indican. Todo original de las facturas, recibos y resultados de los exámenes practicados deben ser anexados al mismo, y remitidos a la Compañía en un plazo no mayor de los quince (15) días siguientes del egreso de la institución hospitalaria, o de haber recibido el servicio objeto de la reclamación. En caso de requerir la devolución de las facturas originales, favor anexar las fotocopias.

**Datos a ser Suministrados por el Asegurado**

Nombres y Apellidos:		Cédula de Identidad:	Fecha de Nacimiento:	Edad:
Sexo: M ( ) F ( )	Nro. Póliza:	Dirección:		Teléfono:
¿Tiene Ud. otro Seguro de Salud o de Accidentes Personales?		Si ( ) No ( )	Nombre de La Compañía de Seguros:	Nro. Póliza:
Indique su enfermedad o accidente y la fecha en que ocurrieron los primeros síntomas:				
Nombre y dirección del doctor, personal o familiar (Pediatra, Ginecólogo, etc.):				
Si Ud. está bajo tratamiento o tomando algún medicamento, favor indique el nombre de éste, dosis, así como el nombre y la dirección del doctor que lo recetó:				
Favor indique el nombre y dirección del o los médicos que lo han tratado o a quien Ud. ha sido referido por el diagnóstico o tratamiento anteriormente señalado:				
¿Ha sido Ud. tratado con anterioridad por esta condición? Si la respuesta es afirmativa, indique el nombre y dirección del doctor o institución médica que lo trató:				
Resuma en este espacio cualquier padecimiento o enfermedad que haya necesitado tratamiento médico en los últimos tres (3) años. Indique nombre y dirección del doctor:				
Yo, declaro que todos los datos escritos en esta planilla son verídicos, y autorizo a <b>LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.</b> , a obtener información de cualquier médico, clínica, hospital, institución, farmacéutico, empresa o compañía de seguros que posea conocimientos en lo que a mí o a mi familia respecta, necesarias para que este reclamo, como se requiera, sea procesado según los beneficios, que pueden ser pagables a mí o a mis beneficiarios inscritos. Copia fotostática de esta autorización se debe considerar válida como la original.				
Firma del Asegurado (Titular):		_____		
Fecha:.....		Firma del Beneficiario: _____		

### Información del Médico Tratante

Nombre del Paciente:		Fecha de Nacimiento:		Edad:	Sexo: M ( ) F ( )												
Fecha de la primera consulta:		Institución Hospitalaria:		Teléfono:													
Motivo de la Hospitalización: ( ) Enfermedad ( ) Cirugía ( ) Accidente																	
Indique la fecha en la cual el paciente lo consultó por primera vez por esta condición: _____																	
Indique la fecha en que ocurrieron los primeros síntomas o accidente: _____																	
Medicamentos recetados por Ud. por el padecimiento actual: _____																	
Diagnóstico o naturaleza de la enfermedad o accidente ( descripción ): _____																	
Indique en que fecha aparecieron los primeros síntomas Subjetivos y Objetivos de esta enfermedad: _____																	
Tratamiento efectuado: _____																	
¿Necesitará la condición actual tratamientos futuros? Explique: _____																	
Medicamentos recetados al paciente anteriormente. Indique el nombre del medicamento y dosis																	
¿Ha sido el paciente diagnosticado, tratado o medicado por la misma condición anteriormente?																	
Si es así, favor indicar las fechas, clase de tratamiento, medicamentos, nombre del médico o Institución médica: _____																	
¿En su opinión profesional, la enfermedad y/o cirugía fue consecuencia directa de una enfermedad que tenía antes de esta? En caso afirmativo, indique cuál y desde qué fecha la padece: _____																	
En caso de reclamación por Maternidad, indique la fecha del alumbramiento y F.U.R.: _____																	
Parto Normal o Forceps: ( )		Cesárea: ( )		Aborto: ( )													
Firma del Médico:		Número de Licencia M.S.A.S:		Télf.: _____ Fecha: _____													
Información de la Institución que ha prestado los servicios																	
Fecha de Ingreso:		Fecha de Alta:		Costo de los Servicios: _____													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;">Total Gastos Clínicos: ( _____ )</td> <td style="width: 50%;">Medicinas:.....( _____ )</td> </tr> <tr> <td>Total Honorarios: ( _____ )</td> <td>Material Médico/Quirúrgico:.....( _____ )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Médico Principal:.....( _____ )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Médico Ayudante:.....( _____ )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Médico Ayudante:.....( _____ )</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Anestesiólogo:.....( _____ )</td> </tr> </table>						Total Gastos Clínicos: ( _____ )	Medicinas:.....( _____ )	Total Honorarios: ( _____ )	Material Médico/Quirúrgico:.....( _____ )		Médico Principal:.....( _____ )		Médico Ayudante:.....( _____ )		Médico Ayudante:.....( _____ )		Anestesiólogo:.....( _____ )
Total Gastos Clínicos: ( _____ )	Medicinas:.....( _____ )																
Total Honorarios: ( _____ )	Material Médico/Quirúrgico:.....( _____ )																
	Médico Principal:.....( _____ )																
	Médico Ayudante:.....( _____ )																
	Médico Ayudante:.....( _____ )																
	Anestesiólogo:.....( _____ )																
Nombre y Dirección del Suministrador de Servicios: _____																	



**La Oriental  
de Seguros, C.A.**

Inscrita en la Superintendencia de Seguros bajo el No. 78  
R.I.F. J-080039688 N.I.T. 0005662176  
Capital Suscrito: Bs. 2.700.000.000  
Capital Pagado: Bs. 2.700.000.000  
Venezuela

NO SERA CANCELADA NINGUNA FACTURA SI NO ESTA  
ACOMPANADA DEL PRESENTE FINIQUITO Y LLEVE LA  
FIRMA DEL CLIENTE COMO CONFORMACION DE LA MISMA

### FINIQUITO DE INDEMNIZACION

Yo, (Nosotros) \_\_\_\_\_  
Cédula de Identidad N° \_\_\_\_\_, en mi carácter de \_\_\_\_\_  
hago (hacemos), constar por medio del presente documento, haber recibido la  
atención médica de la clinica \_\_\_\_\_  
a causa de \_\_\_\_\_  
ocurrido en fecha \_\_\_\_\_ cubierto bajo la Póliza N° \_\_\_\_\_  
Sinistro No. \_\_\_\_\_ por **LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.**

MONTO DE LA FACTURA Bs. \_\_\_\_\_  
MENOS DEDUCIBLE Bs. \_\_\_\_\_  
OTRO Bs. \_\_\_\_\_  
**TOTAL INDEMNIZACION Bs. \_\_\_\_\_**

El monto de la presente indemnización es de Bs. \_\_\_\_\_, cantidad que  
será pagada por **LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.**, con motivo del tratamiento médico antes  
descrito. En consecuencia declaro (mos) que he (mos) sido indemnizado (s) a mi (nuestra) entera  
satisfacción y **LA ORIENTAL DE SEGUROS, C.A.**, queda totalmente liberada de cualquier  
responsabilidad con respecto a dicho tratamiento.

Emitido en \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.00\_\_  
El Asegurado: \_\_\_\_\_, C.I. \_\_\_\_\_

“Aprobado por la Superintendencia de Seguros mediante Oficio N° 00258 de fecha 16 enero de 2003”

Yo, \_\_\_\_\_, mayor de edad, domiciliado en \_\_\_\_\_, titular de la cédula de identidad No. \_\_\_\_\_, beneficiario / titular de la Póliza de Seguros No. \_\_\_\_\_ emitida por **LA Oriental de Seguros C.A.**, sociedad mercantil constituida por ante el Juzgado Primero de Primera Instancia en lo Civil y Mercantil de la Circunscripción Judicial del Estado Anzátegui en fecha 14 de agosto de 1975, bajo el No. 246, folios 297 al 313, Tomo II-A, en lo sucesivo denominada **LA ORIENTAL**, por el presente documento declaro: Que conozco y acepto que aún cuando **LA ORIENTAL**, a los fines de facilitar el servicio de atención médica que se preste a sus asegurados, autorice el ingreso a la Clínica \_\_\_\_\_ del paciente asegurado \_\_\_\_\_, hasta por la cantidad de Bs. \_\_\_\_\_, asumo toda responsabilidad y obligación, y en consecuencia, me comprometo a pagar las cantidades de que resultare acreedor dicho Instituto, con ocasión al servicio médico prestado, cuando los gastos que se ocasionaren, sean farmacéuticos, quirúrgicos, de hospitalización, radiológicos, médicos, de laboratorio u otros relacionados, no estuvieren cubiertos por la referida póliza o excedieren del monto autorizado, quedando relevada **LA ORIENTAL** del pago por dichos conceptos. Asimismo, me comprometo a pagar la suma total facturada por la Clínica, cuando del análisis del expediente se determine que la empresa de seguros no se encuentra obligada al pago de la indemnización reclamada, en los términos y condiciones establecidos en el Condicionado de la póliza, además de la existencia de otras circunstancias particulares que justifiquen improcedencia del siniestro objeto de la presente declaración y asociadas con los procedimientos propuestos para mí. Sin embargo, en caso de que **LA ORIENTAL** sufragare por mi cuenta, los gastos facturados por la Clínica que no fueran objeto de indemnización, me comprometo a reintegrarle en un plazo no mayor de diez (10) días hábiles siguientes al requerimiento de pago que ésta realice, todas las cantidades por ella pagadas y no debidas. En caso de no restituirle a **LA ORIENTAL** dichas cantidades en el plazo establecido, ésta podrá ejercer todas las acciones que fueren procedentes, a fin de resarcirse, por los daños y perjuicios que tales circunstancias le hubieren ocasionado.

Caracas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Firma*